

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. - N° 119

LE
CANCER PRIMITIF
DE L'IRIS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 22 Février 1922

PAR

Mirko GIVKOVITCH

né le 29 Mai 1894 à ALEXINATZ (Serbie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1922

LE
CANCER PRIMITIF
DE L'IRIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. - N° 119

LE
CANCER PRIMITIF
DE L'IRIS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 22 Février 1922

PAR

Mirko GIVKOVITCH

né à ALEXINATZ (Serbie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Assesseur	ROQUE.
Doyen	MM. J. LEPINE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

PROFESSEURS	MM.
Cliniques médicales	TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WELL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.	N-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	VILLARD
Thérapeutique.	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SAKVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	FIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTÉ	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROLLET, *Président* ; M. LERICHE, *Assesseur* ;

MM. DUROUX et BONNET, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour filial.

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

ÉMILIE DIMITRIYENTCH

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique ophtalmologique

Officier de la Légion d'Honneur

*Qu'il nous soit permis de lui témoigner
ici notre respectueuse reconnaissance
pour l'extrême bienveillance avec
laquelle il nous a toujours reçu et
pour le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MES JUGES

*Nous ne pouvons quitter cette Faculté sans exprimer
nos reconnaissances les plus profondes à*

MONSIEUR MARIUS DURAND

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a eu la grande bonté de sacrifier
de ses instants précieux en nous pro-
diguant les soins dont nous étions
nécessiteux.*

DU CANCER PRIMITIF DE L'IRIS

INTRODUCTION

Le sarcome primitif de l'iris est une affection relativement rare. Il n'est pas sans intérêt, cependant, d'insister sur cette forme des tumeurs du tractus uvéal qui reconnaissent un point de départ irien.

Parmi les néoplasies malignes du globe oculaire, le sarcome primitif de l'iris, peut être reconnu de bonne heure et des symptômes assez précis permettent à l'ophtalmologiste d'instituer dès le début un traitement véritablement efficace.

On voit donc l'importance que présente le diagnostic précoce du cancer irien et cette considération suffit à légitimer l'étude que nous avons entreprise pour essayer de préciser cette question.

Après un bref historique, nous exposerons quelques considérations anatomiques et une tomo-pathologiques qui nous paraissent indispensables à la compréhension du sujet.

Nous avons recueilli un certain nombre d'observations chez divers auteurs et notamment Poulard, Dupuy, Coppez et de Vaucley, Kayser, Alt, Hirschberg. En outre, M. le professeur Rollet nous a communiqué l'observation

inédite d'un malade récemment opéré à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, où l'examen anatomo-pathologique a été minutieusement fait par M. le docteur Bussy.

A l'aide de ces documents, nous essaierons d'esquisser la physionomie clinique des tumeurs malignes du tractus uvéal à point de départ irien. Au point de vue symptomatologie et diagnostic, nous adopterons la division de leur évolution en quatre périodes, qui a le mérite de correspondre au processus anatomo-pathologique d'extension. La période de début, parfois assez longue, où la tumeur reste encore uniquement localisée à l'iris et où le diagnostic se fait assez facilement, retiendra notre attention, car c'est alors qu'il faut opérer.

Le pronostic, malgré tout, demeure toujours grave et nous montrerons, dans un dernier chapitre chirurgical, par l'énucléation précoce de l'œil, est seule capable d'enrayer une évolution fatale.

Nous ne terminerons pas cette introduction sans exprimer toute notre gratitude à M. le professeur Rollet qui nous a inspiré cette thèse et nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

Nous remercions aussi M. le docteur Bussy, chef de clinique ophtalmologique, de l'aide et des conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'histoire du sarcome primitif de l'iris et du tractus uvéal, surtout du sarcome mélanique se rattache par ces grandes lignes et par ces débuts à celle de la mélanose elle-même. Pamard, Tavignot ont étudiés la mélanose en général à propos des tumeurs pigmentaires de l'œil et ce dernier démontra qu'elles étaient toujours de nature maligne.

En 1885, Stæber, dans l'étude qu'il fit sur la mélanose générale, rapporte à propos des tumeurs pigmentaires de l'œil, un cas de sarcome primitif de l'iris, observé entre 1830 et 1835. Ce cas, malgré la précision du diagnostic clinique (le malade serait mort de tumeur cérébrale), perd beaucoup de sa valeur, n'ayant pas été examiné histologiquement.

Peu de temps après, pendant l'observation de de Graefe (1856), et bientôt s'ouvrit pour le sarcome de l'œil, une période dans laquelle une analyse histologique attentive faite fit connaître les principales particularités de la structure et de l'évolution du néoplasme.

Après vient le travail de St-Lager et Hervier, sur l'origine du pigment (1857).

Tay, en 1866, a le premier décrit au point de vue histologique un cas de *cancer de l'iris* (dénomination ancienne des tumeurs malignes).

Viennent ensuite les cas de sarcome examinés microscopiquement et publiés par Hirschberg et Lebrun (1868).

En 1873, Brière écrit une thèse qui résume exactement la question et fait époque dans son histoire. Cet auteur a mis en relief, grâce à une bibliographie très complète, tous les cas connus de mélanose intra-oculaire et de sarcome de la choroïde. Il a, le premier, fait ressortir la variété des formes anatomiques, la valeur diagnostique du double plan de vaisseaux que montre dans l'œil l'examen ophthalmoscopique (vaisseaux réiniens et vaisseaux de la tumeur), et donné de la symptomatologie une description didactique.

En 1876, Kipp, communique un cas de tumeur maligne irien ; Knapp en communique trois autres.

En 1882, apparut le grand ouvrage de *Fuchs*, ouvrage universellement connu : Le sarcome du *tractus uvéal*, dans lequel il réunit les 16 cas de sarcome de l'iris, publiés jusqu'alors.

Lange, en 1884, conseille d'éclairer la sclérotique par transparence pour reconnaître l'existence d'un néoplasme.

En 1885, paraît le rapport de Pflüger, sur un cas personnel de sarcome de l'iris et sur les quelques cas d'autres auteurs.

Après cette communication de Pflüger apparaissent des observations isolées et des mémoires personnels nombreux, parmi lesquels celui de Œmisch.

Frendenthal, Panas, 1891, font connaître le diagnostic différentiel du décollement simple de la rétine avec le décollement symptomatique d'un sarcome.

En 1903, C.-A. Wood et Brown-Pusay (professeurs d'ophtalmologie de l'Université d'Illinois), grâce à une bibliographie très complète, réunissent les quatre-vingt-huit cas connus de sarcome de l'iris. Dans l'étude très approfondie qu'ils en ont faite, ils indiquent les lésions histologiques et après avoir donné une statistique détaillée des cas traités par l'énucléation et de ceux dans lesquels on a pratiqué l'iridectomie, il en tirèrent la conclusion du mode opératoire approprié à ce genre de tumeur.

En 1903, Copper et Vacleroy ; en 1905, Fehr, publièrent quelques cas de cette affection et discutèrent longuement le mode opératoire. Suivent ensuite les communications de Poulard (1905, *Archives d'ophtalmologie*) ; de Brown (*Journal Américain*, 1905). En 1907, dans *l'Ophtalmologie provinciale*, les docteurs Martin et Augieras ont fait un rapport sur un cas de mélanosarcome de l'iris. En 1908, au mois de décembre, M. Ofret, fit à la Société d'ophtalmologie de Paris, une communication très intéressante sur un cas très rare de sarcome développé à la face postérieure de l'iris.

CHAPITRE II.

ANATOMIE

Iris. — Segment antérieur de la tunique vasculaire, est une membrane circulaire, percée d'un trou à son centre (pupille), placée de champ entre le cristallin et la cornée, en plein humeur aqueuse par conséquent.

1° *Forme et rapports.* — *Deux faces* (antérieure et postérieure), et *deux circonférences* (grande et petite).

a) *Face antérieure.* — Légèrement convexe, elle limite en arrière la chambre antérieure de l'œil. Elle est diversement colorée, suivant les sujets (cinq nuances fondamentales : *noir, foncé, marron, gris bleu*).

Quel que soit le ton fondamental de l'iris, la couleur de la face antérieure n'est pas uniforme, mais forme deux zones concentriques : *l'anneau coloré interne* (1 ou 2 millimètres), et *l'anneau coloré externe* (3 ou 4 millimètres). La face antérieure de l'iris est parcourue par des stries, disposées en rayon ; elles répondent aux vaisseaux de l'iris, et par conséquent, sont rectilignes quand la pupille est rétrécie, fluxieuses quand elle est dilatée.

b) *Face postérieure.* — Légèrement concave, elle ré-

pond : 1° par sa partie centrale, au cristallin ; 2° par sa partie excentrique, aux procès ciliaires. Elle a une coloration noire foncée.

c) *Grande circonférence.* — Elle répond à la zone ciliaire et à la ligne de jonction scléro-cornéenne. Elle est fixée : 1° par le ligament pectiné de Hueck ; 2° par la continuité du tissu conjonctif de l'iris avec celui de la zone ciliaire ; 3s par les vaisseaux qui, de la zone ciliaire vont à l'iris et vice versa.

d) *Petite circonférence.* — Elle circonscrit un orifice appelé *pupille*. La pupille, essentiellement mobile, occupe le centre de l'iris ou un point tout voisin du centre. Elle est ordinairement circulaire, quelquefois (20 p. 100) elliptique à grand diamètre très variable.

2° *Constitution anatomique.* — L'iris se compose de cinq *couches* superposées, qui sont, en allant d'avant en arrière :

1° *La couche épithéliale antérieure ;*

2° *La basale antérieure ;*

3° *Le tissu propre de l'iris* (vaisseaux, nerfs et fibres musculaires lisses, les unes circulaires constituant le *sphincter de la pupille*, les autres radiées formant le *muscle dilatateur*) ;

4° *La basale postérieure ;*

5° *La couche épithéliale postérieure.*

3° *Vaisseaux et nerfs.* — Les artères émanent du *grand cercle artériel de l'iris*. Suivant un trajet radiaire, elles se portent vers la pupille et forment tout autour de cet orifice un riche plexus, le *petit cercle artériel de l'iris*.

Les veines. — Cheminant en sens inverse, se jettent dans les veines du procès ciliaire et, de là, dans le réseau chorôïdien.

Les vois lymphatiques aboutissent à la chambre antérieure, et de là, au canal de Schlemm. Les nerfs émanent des nerfs ciliaires (fibres sensibles, fibres motrices et fibres vaso-motrices) (Testut).

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

A. — Anatomie macroscopique.

Les tumeurs mélaniques de l'iris affectent une forme circonscrite. Fuchs fait remarquer que la forme diffuse est très rare. Le néoplasme fait une saillie hémisphérique reposant par une base relativement étroite sur la membrane uvéale et proéminent fortement dans la coque oculaire.

Les tumeurs de l'iris prennent la forme de la chambre antérieure dans l'intérieur de laquelle elles se trouvent comprimées et moulées. Au début on aperçoit un petit nodule qui en grossissant bouche l'angle irien et remplit la partie correspondante de la chambre antérieure.

Il peut adhérer à la fois à la cristalloïde antérieure et à la face postérieure de la cornée (Hirschberg).

Pendant plusieurs années, le cancer de l'iris peut rester limité à une zone relativement petite de l'iris (Andrews) il présente différentes colorations : rouge, rouge-gris, noirâtre, brun, selon la pigmentation et la vascularisation. Dans certains cas la tumeur s'est développée sur une tache noire préexistante, de l'iris, dont elle occupe la place.

Ses sarcomes siègent d'habitude à la face antérieure de la membrane. Sur 16 cas de sarcome de l'iris, recueillis par Fuchs, 9 siégeaient à la partie inférieure de l'iris.

Lawford et Collings ont observé 10 fois cette affection sur les 103 cas de sarcome uvéal qu'ils ont étudiés à Mordfield-Hospital.

Dans la thèse de OEmisch, on en trouve 19 autres cas auxquels Ewetzky en ajoute encore 14, y compris ses observations personnelles, ce qui porte au chiffre de 49, le nombre des sarcomes mélaniques de l'iris.

Le cas d'Ewetzky présentait cette particularité très rare de s'être développé sur la face postérieure de l'iris. Il s'agissait d'un sarcome diffus semblable aux sarcomes en nappe de la choroïde, répondant au type des sarcomes pigmentés à cellules rondes avec une tendance marquée à la structure lobulaire.

Le siège à la partie supérieure de l'iris, assez exceptionnel, était celui qu'occupait la tumeur dans le cas de Mayweg (de Hagen).

Knapp a relaté à la fois trois observations de sarcomes rencontrés tous chez des jeunes gens (36, 35 et 22 ans).

Dans sa première observation il affirme que la tumeur est maligne en se fondant sur le fait qu'à l'examen il trouve : « des cellules fusiformes serrées émanant du stroma de l'iris sans délimitation exacte ; dans la seconde observation : le tissu de la tumeur est celui du sarcome mélanique à « cellules fusiformes, avec un assez riche contingent de fibre » ; dans la troisième observation, qu'on désigne comme typique et où un examen détaillé de la pièce enlevée montre que les parties avoisinantes de l'iris étaient dans une assez grande étendue, infiltrées de noyaux sem-

blables à ceux de la tumeur, celle-ci ne représentait ni capsule ni délimitation nette vers le voisinage.

Les premières observations de surcome de l'iris ont été relatées en 1868 par Lebrun, où il s'agissait d'une personne jeune, de 36 ans, et la marche du mal fut tellement rapide chez cette femme qu'au bout de dix jours la tumeur avait grossi et s'était élargie du double.

B. — *Anatomie microscopique.*

Cellules. — D'après leur structure les sarcomes de l'iris peuvent être divisés en tumeurs à cellules rondes et tumeurs à cellules fusiformes. Mais il existe aussi des formes mixtes, dans lesquelles on peut avoir les deux genres de cellules.

Dans les sarcomes à cellules rondes, les cellules sont souvent très étroitement serrées les unes contre les autres et entre elles il se trouve très peu de substance intercellulaire.

Les sarcomes à cellules fusiformes sont plus riches en substance intercellulaire. Les cellules sont groupées soit en faisceaux, soit en cordons irréguliers qui s'entrecroisent dans tous les sens. Les cellules fusiformes sont parfois très longues et rappellent les fibres musculaires lisses, ce qui donne à la tumeur l'aspect d'un leiomyome (Alt).

Le noyau est unique et arrondi dans les cellules rondes, ovoïde dans les cellules fusiformes. Parfois on voit des noyaux multiples. Ewetzky note dans sa préparation une cellule à vingt-cinq noyaux.

On peut voir même, des cellules à deux ou plusieurs noyaux manquer complètement de figures de mitose, ce qui est évidemment le signe de pronostic favorable et en même temps, ces cellules tendent à se ranger en groupes

et en filets.

Sur certains endroits de la tumeur, les cellules sont dispersées irrégulièrement sans aucune structure spéciale. Parmi ces cellules isolées, les fusiformes possèdent souvent des prolongement longs et ramifiés avec des noyaux en batonnets et des granulations très nettes, tandis que les cellules rondes ne présentent rien de particulier. Dans les endroits où les cellules néoplastiques font saillie dans une cavité quelconque, dans la chambre antérieure par exemple, elles prennent parfois une forme éphithéloïde.

Ces formes étaient décrites par Wiegmann (1893), et Werther (1896).

Les sarcomes à cellules rondes sont plus vasculaires, moins durs que ceux à cellules fusiformes. Les premiers ont une évolution plus rapide et une plus grande malignité que les seconds. Fuchs a démontré par des chiffres que les métastases sont plus fréquentes dans les sarcomes à cellules rondes que dans les formes à cellules fusiformes mixtes ou embryonnaires.

Le sarcome à cellules rondes est plus fréquent chez les sujets jeunes ; celui à cellules fusiformes, chez les sujets âgés.

Les sarcomes de l'iris présentent très rarement des altérations dégénératives ou inflammatoires.

Vaisseaux. — Dans les préparations on peut trouver des endroits où les cellules sont plus tassées les unes contre les autres au voisinage des vaisseaux, ce qui produit une structure lobulaire.

Mais les vaisseaux peuvent atteindre un développement énorme et contribuer à la formation d'un type spécial, type de sarcome *télangiectasique* ou *caverneux*. Ce type se re-

connait par la grande quantité de vaisseaux dilatés à paroi très minces, formés d'une seule couche de cellules endothéliales.

Parfois une paroi manque complètement et la lumière du vaisseau s'ouvre directement dans les masses néoplasiques. Dans des espaces pareils se trouvent parfois des cellules néoplasiques, qui peuvent provoquer souvent des métastases.

A côté de ces sarcomes ectasiés, on peut trouver d'autres à paroi épaisses avec la lumière oblitérée par la dégénérescence hyaline. Ces vaisseaux à parois épaisses se trouvent surtout dans les masses néoplasiques anciennes, ou dans les parties de l'iris encore conservées, tandis que les vaisseaux à parois minces, ectasiés, des parties jeunes existent plus souvent à la périphérie et contribuent à la production des hémorragies.

Ces sarcomes télangiectasiques sont d'habitude globocellulaires, rarement fuso-cellulaires ; ils sont plus malinges que les autres sarcomes.

Pigment. — Le pigment se trouve dans la plupart des cas dans des petites granulations, à l'intérieur même du protoplasma cellulaire. Parfois le pigment se trouve en amas plus ou moins grands en dehors des cellules. Le pigment se présente sous la forme de grains isolés ; les gros amas noirs examinés à un petit grossissement laissent voir des intervalles entre les grains qui les composent.

« La pigmentation est le fait essentiel qui donne au sarcome le caractère mélanique. Les cellules du néoplasme sont le siège et la cause de la formation du pigment ». (Lagrange).

CHAPITRE IV.

Etiologie, Symptomatologie et Evolution

I. — ETIOLOGIE

Fréquence. — Le sarcome primitif de l'iris appartient aux affections les plus rares de l'œil.

Dans les 259 cas de sarcome du tractus uvéal, réunis par Fuchs, celui-ci ne nous rapporte que 16 cas de sarcome de l'iris, c'est-à-dire 6 p. 100.

Lawford et Collings constatent sur 103 cas de sarcome du tractus uvéal un seul cas de sarcome de l'iris.

En trente-quatre ans, dans la clinique de Hirschberg, on n'a observé que 3 cas de sarcome primitif de l'iris. Cela faisait 1 cas sur 83.000 des maladies des yeux traitées dans la clinique.

Sexe. — Le sexe exerce une influence légère. C'est le sexe féminin qui semble être le plus disposé à ce genre d'affection.

Oemisch trouve dans les 18 cas, 13 fois la femme atteinte de sarcome de l'iris et l'homme 5 fois seulement.

Fuchs, pour 15 cas, a trouvé le rapport des deux sexes comme 9 à 6.

L'âge. — Le sarcome de l'iris est l'apanage de la seconde moitié de la vie, fait qui peut jouer un grand rôle dans le diagnostic différentiel du sarcome et de la tuberculose de l'iris.

OEil le plus souvent atteint. — Les sarcomes de l'iris semblent avoir une prédilection pour l'œil gauche.

Les causes occasionnelles sont les violences extérieures et les inflammations.

Fuchs, parmi 259 cas de sarcome du tractus uvéal, en compte 23 qui ont été précédés de traumatismes, et parmi ces 23 cas, deux fois le traumatisme avait intéressé l'iris. Dans l'une de ses observations particulièrement intéressante, l'œil fut blessé par un éclat de bois. Deux tumeurs se développent, l'une dans l'iris, l'autre dans la région postérieure du globe oculaire, et chacune d'elles renferme un morceau de bois.

Parfois on trouve bien le traumatisme dans les antécédents du sujet, mais il est souvent difficile de lui reconnaître un rôle étiologique évident.

Ainsi, chez le malade de Alt, l'œil fut contus par une branche d'arbre, une vingtaine d'années avant l'apparition de la tumeur.

II. — SYMPTOMATOLOGIE ET ETIOLOGIE

Nous pourrions diviser la marche de l'évolution clinique du sarcome de l'iris en quatre périodes :

1° Période de début ; 2° période d'irido-cyclite ; 3° période d'envahissement du segment postérieur et 4° période de généralisation.

I. — *Période de début.* — La symptomatologie diffère suivant qu'il s'agit d'une tumeur développée sur la place postérieure ou sur la face antérieure de l'iris.

Le début du sarcome de la face postérieure de l'iris passe ordinairement inaperçu ; la surface irienne, plus ou moins saillante, est lisse et n'offre rien de spécial.

Le début du sarcome de la face antérieure de l'iris, au contraire, se manifeste par l'apparition sur l'iris d'une petite tumeur jaune ou brune (dans le cas de Kayser, où le sarcome se développe sur un naevus vasculaire, la tache qui précéda la tumeur était rouge).

La tumeur est ordinairement pigmentée. Elle est souvent nodulaire et ses vaisseaux sont quelquefois très nets. Parfois on voit plusieurs tumeurs dans le même iris (Martin-Henri).

La tumeur est d'abord de la dimension d'une tête d'épingle. Elle évolue au début très lentement et c'est à peine si parfois, en une année, on la voit grossir d'un millimètre. Elle peut rester stationnaire pendant plusieurs années et ne provoquer aucun trouble ou maladie.

Elle comprime le cristallin, remplit une grande partie de la chambre antérieure ou postérieure sans entraîner des phénomènes graves ; la cornée est claire, la réaction inflammatoire nulle ou très légère ; les douleurs sont absentes, les troubles de la vue nuls.

Plus tard, l'évolution prend une allure plus rapide. La tumeur s'étend dans la chambre antérieure, se dirige latéralement et envahit en dedans la région pupillaire.

La cornée supportant mal la pression, s'irrite, s'opacifie. La région périkératique s'injecte. L'acuité visuelle qui était intacte jusqu'alors, diminue, la vue devient de plus en plus basse à mesure que la tumeur envahit une plus

grande partie de la région pupillaire. Ce trouble de la vue est parfois occasionné par la position oblique que prend le cristallin refoulé.

Assez souvent aussi, ce trouble est provoqué par hyphéma qui se produit alors dans la chambre antérieure, spontanément ou après un traumatisme. Hyphéma devient alors symptomatique d'une tumeur de l'œil et c'est précisément le cas chez notre malade. Donc chaque fois quand on voit de l'hémorragie dans la chambre antérieure, il faut songer à un néoplasme, c'est pourquoi nous insistons ici.

Mais en dehors de l'hémorragie, les milieux sont transparents, le fond d'œil normal, car tous ces phénomènes se passent dans la chambre antérieure. C'est l'hyphéma qui masque et qui empêche l'examen du fond d'œil.

II. — *Période d'irido-cyclite.*

Elle survient assez vite après la première. Le symptôme objectif le plus frappant est, comme dans la première période, l'existence d'une tumeur de l'iris, mais il y a en même temps de l'injonction de l'œil, parfois du larmoiement, des troubles de la cornée dûs au glaucome. L'élévation du tonus est variable : elle peut même manquer. Le glaucome qui dure un certain temps provoque l'excavation de la papille, l'atrophie de la rétine, la cataracte.

Les symptômes subjectifs de cette période sont : diminution de l'acuité visuelle, variant depuis un léger trouble de la vue jusqu'à l'amaurose complète ; rétrécissement du champ visuel explicable par le glaucome et par la saillie de la tumeur dans la région de la pupille ; douleurs péri-orbitaires et douleurs oculaires.

Mais en même temps les milieux deviennent troubles et on ne voit pas le fond d'œil.

III. — *Période d'envahissement du segment postérieur.*

Dans cette période apparaissent de bonne heure des nodosités épiscclérales, au contraire de ce qui se passe pour les sarcomes se développant dans les parties postérieures du globe oculaire : parfois, immédiatement après l'apparition de la période irido-cyclitique, le plus souvent en même temps qu'elle.

Les symptômes cliniques de cette période sont, tant que la tumeur reste localisée à la surface du bulbe, bien analogues à ceux de la deuxième période. Mais si on n'intervient pas alors, la tumeur après avoir occasionnée l'amaurose durable, perfore la coque oculaire, perfore la cornée.

IV. — *Période de perforation de la coque oculaire et de généralisation.*

Tôt ou tard apparaît la quatrième période avec généralisation de la tumeur, métastases dans les différents organes et le malade succombe après un laps de temps plus ou moins long.

Fuchs rapporte une seule observation dans laquelle le sarcome de l'iris a parcouru les quatre périodes.

Il s'agissait d'une malade chez laquelle on avait remarqué d'abord une petite tumeur brune, située à la partie inférieure de l'iris. Au bout de six mois, la tumeur remplissait presque toute la chambre antérieure et supprimait la vision. Six mois après apparurent de violentes douleurs. Trois ans plus tard, le néoplasme profiléra au bord inférieur de la cornée. La malade succomba à des accidents cérébraux.

CHAPITRE V

Diagnostic

Pour faciliter le diagnostic du sarcome primitif de l'iris, nous sommes d'avis qu'il est nécessaire de diviser son diagnostic clinique en quatre périodes, suivant son évolution et ses symptômes.

I. — *Période de début.*

Son début se reconnaît assez vite, quelquefois par le changement de l'aspect de l'iris, que le malade ou son entourage remarque assez tôt. Ce changement consiste en ceci : que les hémorragies apparaissent dans la chambre antérieure et pour laquelle les malades viennent consulter habituellement.

Mais ces hémorragies peuvent avoir d'autre cause que celle du cancer. Nous donnons quelques affections qui peuvent simuler à s'y méprendre les néoplasmes. Ce sont :

Iritis traumatique. — Par l'interrogatoire on apprend que le malade a reçu la veille au soir un coup de poing sur son œil malade. A l'examen, les paupières sont gonflées, à la place du blanc de l'œil on voit une hémorragie sclérale et dans la chambre antérieure également, et la

remplissant au tiers environ, du sang extravasé (hypohème).

Iritis hémorragique se distingue par l'apparition brusque des pointillés rougeâtres dans la chambre antérieure et disparaissant de même, mais pouvant, lorsqu'elles sont abondantes, déterminer l'apparition d'un hypohéma. Par contre, on apprend que le malade est un diabétique ou tuberculeux.

...*Iritis torpide*, caractérisée par la production des synéchies nombreuses, s'établissant sans douleur et sans aucun phénomène réactionnel. Dans le cas, la choroïde est presque toujours intéressée et les troubles vitréens qui en résultent entraînent un trouble visuel variable. Elle se rencontre plus fréquemment dans le sexe féminin et coïncide avec des troubles menstruels.

Iritis syphilitique se montre au deuxième mois après le chancre, et même plus tôt, ou dans la syphilis héréditaire se caractérisant par des symptômes réactionnels modérés et souvent par la présence de petits condylomes. L'examen du sang peut révéler une mononucléose. Les gommes tardives se reconnaissent à leur couleur jaune, leur hypopyon, ou mieux pseudo-hypopyon symptomatique.

Les *tumeurs bénignes* seront éliminées. Ce sont : les tumeurs congénitales, naevus, kystes perlés.

On n'oubliera pas le diagnostic avec la tumeur osseuse. C'est ainsi que, dans une observation rapportée par M. le Professeur Rollet, chez un homme de 53 ans, on voyait une tumeur de couleur gris-blanchâtre, à bords anfractueux. L'extirpation simple permit de constater que la tumeur était formée de tissus osseux constitués par de larges tra-

vées osseuses, avec lamelles osseuses et ostéoblastes étoilés.

II. — *Période irido-cyclite.*

C'est la période dans laquelle l'attention est attirée par un syndrome glaucomateux. C'est un glaucome hémorragique. Hypertonie se complique d'hémorragies de l'iris, de la chambre antérieure, du vitré et de la rétine. L'œil, violemment injecté, est inéclairable et les douleurs acquièrent une intensité extrême.

Pour faire le diagnostic, on peut recourir, soit :

A *l'éclairage excentrique*, qui donne de bons renseignements, consistant à illuminer l'œil à la manière des laryngologistes pour le larynx ou les cavités du nez, en tenant le miroir sur le front en regardant alors à l'œil nu ou à l'aide d'une loupe le néoplasme illuminé, soit :

A *l'éclairage de contact*, qui consiste en ceci : un tube contenant une petite lampe électrique et muni à l'une de ses extrémités d'une lentille, est appliqué sur la sclérotique ; si la pupille s'éclaire, c'est que la paroi sclérale se laisse traverser et que, très probablement, il n'y a pas de néoplasme.

III. — *Période d'envahissement du segment postérieur.*

Diagnostic facile. La propagation de la tumeur du globe oculaire s'effectue à travers l'enveloppe fibreuse scléro-cornéenne, en s'accompagnant de symptômes particuliers sur lesquels Brière attire ainsi l'attention :

« Le status glaucomateux a pris fin ; il s'est produit un amendement considérable dans les symptômes, mais l'observateur ne doit pas s'y laisser tromper. Ce mieux indique que la masse du néoplasme a gagné l'orbite et que le

moment d'une intervention chirurgicale réellement efficace est passé. »

Mais l'amélioration est de courte durée et ne tarde pas à faire place à une exophtalmie conditionnée par le volume extraorbitaire qui refoule le globe.

IV. — *Période de généralisation.*

Le diagnostic se pose rarement, car les malades succombent du fait de généralisation, en particulier des métastases hépatiques.

CHAPITRE VI

Pronostic et Traitement

Pronostic. — Les sarcomes de l'iris, comme tout autre sarcome, ne pouvant guérir spontanément, comporte un pronostic grave, entraînant la mort du malade plus ou moins vite, par la généralisation de l'affection.

Mais le pronostic du sarcome de la face antérieure de l'iris, le cas le plus fréquent, est relativement favorable, si on le compare avec des néoplasies malignes des autres parties de l'œil.

Le sarcome de la face antérieure de l'iris pouvant être reconnu de bonne heure par ses symptômes bien évidents décide l'opérateur à l'intervention précoce, et le mal est détruit presque à son début.

D'autre part, les sarcomes de l'iris peuvent évoluer pendant des années et restent stationnaires sans provoquer de sérieux troubles aux malades.

Ces tumeurs récidivent rarement et donnent rarement des métastases, pour cette raison que l'on intervient précocement.

Les tumeurs récidivantes sont très vasculaires, saignant facilement au moindre contact.

« Les métastases, dit Lagrange, apparaissent dans la première année ou la seconde année, après l'intervention chirurgicale ; plus tard elles deviennent rares sans qu'il soit possible d'être absolument affirmatif à ce sujet. Après la troisième année on peut considérer la guérison comme certaine ».

Mais la métastase peut se produire plus tard, cinq ans après l'énucléation comme dans le cas de Martin.

Le pronostic est beaucoup plus grave dans les sarcomes mélaniques à cellules rondes ou embryonnaires que dans celui à cellules fusiformes.

Traitement. — Devant un sarcome de l'iris, la question se pose : doit-on enucler l'œil porteur d'une telle lésion ou en tenter la conservation, en enlevant largement la tumeur par une iridectomie ?

En effet, il est malaisé de procéder à l'énucléation d'un œil, dont la vision est encore bonne et d'ailleurs la plupart des malades se refusent à l'intervention.

Fuchs pense qu'il faut faire iridectomie si la tumeur de l'iris est petite et Pflüger remarque que le pronostic est bon pour l'œil, tant que la tumeur reste localisée.

OEmisch et Knapp employèrent l'iridectomie.

Panas conseille l'abstention complète au début tant que la vision n'est pas atteinte. « Mais une fois le diagnostic bien établi, l'extirpation par l'iridectomie s'impose et cela d'autant mieux que sur sept opérations ainsi faites, en dit avoir obtenu cinq succès complets. »

Werther conseille l'énucléation comme la seule méthode de traitement. Fuchs ne pratique l'iridectomie que dans les cas où la tumeur peut être complètement extirpée.

Mais est-il possible de diagnostiquer en clinique que la tumeur est bien localisée, bien limitée à l'iris ?

Dans les cas où la baisse de la vision est rapide, avec phénomènes glaucomateux, la question se résume plus facilement : on a peut de raison de conserver un œil presque aveugle.

Nous proposons donc l'énucléation précoce dans tous les cas de sarcome de l'iris, même dans les cas de sarcomes limités, ce procédé étant seul qui puisse mettre le malade à l'abri d'une récurrence locale en générale.

Il faut rejeter l'iridectomie parce que :

Le sarcome de l'iris est très nettement limité à l'iris et que la supra-choroïde est souvent atteinte dès le début ;

2° L'ouverture d'un œil sarcomateux est dangereuse au point de vue des récurrences locales et générales.

Dans les cas où le malade refuse formellement l'énucléation, la question de l'ablation simple de la tumeur, avec conservation de l'œil se pose.

L'énucléation sera pratiquée dans les trois premières périodes de l'évolution du sarcome et l'exentération de l'orbite dans la quatrième « quand la coque oculaire est tendue, amincie ou perforée, et lorsque apparaissent les nodules épiscléraux, par lesquels commence en général la généralisation orbitaire » (Lagrange).

Dans l'énucléation, l'envahissement du nerf optique, commande une section le plus loin possible de son insertion bulbaire.

Après l'énucléation, enlever méthodiquement le néoplasme orbitaire et faire des séances de radiothérapies.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite)

(Clinique de M. le Professeur Rollet)

Iritis torpide avec hyphéma symptomatique d'un mélanosarcome de la racine de l'iris.

Martin Henry, 51 ans, d'Annonay, entré le 11 novembre 1921 à la clinique de M. le Professeur Rollet à l'Hôtel-Dieu.

Histoire de la maladie. — Le malade est vu pour la première fois à la consultation le 7 janvier 1921. Aucun antécédent notable personnel ou héréditaire. Depuis une huitaine de jours il accuse quelques douleurs dans la moitié gauche de la tête et une légère baisse de l'acuité à gauche. A l'examen l'œil droit est sain dans tous ses éléments. V. = 2/3.

L'œil gauche présente une iritis torpide avec quelques synéchées postérieures ; l'iris est un peu rouille ; il existe de plus un petit hyphéma qui ne se déplace pas avec les mouvements de la tête. Milieux transparents, fond normal. On note une légère hypertention. V. = 1/4. Il s'agit en somme d'une iritis hémorragique ; on pense au diabète ; pas de sucre. Malgré l'hypertension, on ordonne de l'atropine.

Le 18 février le malade est vu. L'hyphéma a augmenté ; la tension paraît normale ; les douleurs sont moindres ; les milieux sont toujours transparents et le fond ne montre rien d'anormal. On continue de l'atropine.

En août l'hyphéma est moins abondant ; il se réduit à une petite ligne brun-rougeâtre occupant le bord inférieur de la chambre antérieure, à 5 heures, immobile.

Les synéchies persistent ; les milieux sont légèrement troubles, mais le fond de l'œil est encore éclairable, et la tension reste normale.

Le 5 octobre l'hyphéma a changé de caractère ; le petit liseré brunâtre qui occupait la partie toute inférieure de la chambre antérieure s'est étendu ; on voit maintenant une tache arrondie de 3 mm de diamètre siégeant sur l'iris, à la racine de cette membrane au voisinage du bord pupillaire, à 5 heures. La pupille est dilatée, immobile, irrégulière, adhérente. Le cristallin est cataracté. Fond d'œil inéclairable. V. = 0. Hypertension notable. Douleurs orbitaires. L'éclairage transcléral en bas montre l'existence d'une masse opaque. On fait le diagnostic de sarcome mélanique de la racine de l'iris et on propose une énucléation qui est refusée.

Le 11 novembre le malade revient pour se faire énucléer. L'état ne s'est pas sensiblement aggravé. La tache noire irienne a cependant augmentée de volume, La tension est toujours forte, les douleurs sont vives.

Le 12 novembre, énucléation.

Examen macroscopique et microscopique par le docteur Bussy, chef de clinique d'ophtalmologie.

1° Examen macroscopique.

Globe oculaire très dur. De forme normale. La cornée à la périphérie vers 5 heures semble pourtant un peu ectasiée et paraît érodée et envahie à ce point par la tumeur.

Il n'existe nulle part sur la sclérotique de traînées noires de propagation.

A l'ouverture du globe.

1° Segment postérieur. — Pas de décollement rétinien pas d'hémorragie macroscopique de la choroïde. Le vitré est très liquide mais limpide et transparent sans tractus fibreux ni hémorragie, ni cholestérine. Les gaines du nerf optique ont une apparence normale.

2° Segment antérieur. — Tumeur mesure 10 mm de large sur 15 mm de long. Forme irrégulière à bosselures arrondies. Consistance dure, coloration franchement noire. Dans sa partie antérieure et interne, grisâtre en dehors, blanche au centre. La surface de coupe est lisse et ne montre pas d'hémorragie

Siège. — Elle occupe la région ciliaire de 4 à 7 h. Elle se prolonge jusqu'à 4 mm en avant de l'équateur et s'étend en avant jusqu'au voisinage du bord pupillaire de l'iris. Elle

adhère intimement à la cornée qu'elle envahi. Elle ne contracte aucune adhérence avec la sclérotique, la rétine ou le cristallin.

Rétine ciliaire. — Décollée. Repoussée mais non envahie.

Cristallin. — En voie d'atrophie, diminué de volume, irrégulier, mais ayant conservé encore moyennement sa forme et paraissant entouré avec à son pourtour par la capsule intacte.

2° *Examen microscopique.*

Il s'agit d'un *mélano-sarcome* typique dans lequel la pigmentation est très irrégulièrement répartie. Le pigment est surtout abondant au niveau de la partie irienne de la tumeur. Il voile en ce point tout détail de structure et ne montre en ce point, sur la coupe, qu'une tache noire absolue qui se confond sans ligne de démarcation avec l'épithélium postérieur de l'iris. A mesure qu'on s'éloigne vers la partie postérieure de la tumeur, le pigment devient plus rare sans disparaître cependant tout à fait et peuvent s'apercevoir les cellules sarcomateuses irrégulières fortement tassées les unes contre les autres et double noyau arrondi prend mal le colorant. On ne trouve en aucun point d'îlot de dégénérescence.

La vascularisation de la tumeur est très faible, partout égale et représentée par des vaisseaux de petite dimension un peu plus abondants cependant dans la partie postérieure de la tumeur.

Sclérotique. — La sclérotique montre une petite modification par cellule mélanique un peu au voisinage de l'émergence d'une artère musculaire.

Partout ailleurs respectée et ne montre aucune modification par sa texture.

La cornée envahie sur une zone de 1 mm environ.

L'iris, à part son tiers inférieur qui se confond avec la tumeur ne montre que des lésions de sclérose peu avancées.

Le cristallin en voie de régression. La tumeur a envahi la cristalloïde surtout au voisinage de l'équateur et le cristallin tout entier est le siège de phénomènes destructifs partout à la fois dans les fibres et dans la capsule.

La choroïde ne présente en dehors de la tumeur que des phénomènes de sclérose légère avec aplatissement de la couche des gros vaisseaux, qui paraît sous la dépendance de

l'augmentation de la tension intra-oculaire.

La rétine paraît saine à part de petits placards hémorragiques surtout abondants dans la région péricapillaire.

En résumé :

Mélano sarcome du tractus uvéal siégeant au niveau du corps ciliaire et envahissant en avant le tiers inférieur de l'iris, en arrière une petite portion de la choroïde.

Bien que la formule histologique de cette tumeur ne permette pas de dire s'il s'agit d'un mélano-sarcome de l'iris, du procès ciliaire ou de la choroïde, un ensemble de pigmentation permettant de la rattacher à l'iris.

En effet la pigmentation est beaucoup plus marquée à la partie antérieure de la tumeur. La vascularisation y est moindre. L'envahissement du sac scléro-cornéen est d'autant marqué en avant.

On a l'impression que la tumeur est nettement plus vieille au niveau de l'iris qu'au niveau de procès ciliaire ou de la choroïde.

OBSERVATION II

(Mlle Goldstein)

Sarcome de la face postérieure de l'iris.

Il s'agit d'une femme de 72 ans. La vision commença à diminuer du côté gauche il y a trois ans : elle avait un brouillard devant son œil et voyait souvent passer des « serpents ». Le brouillard augmenta assez brusquement en mars dernier, et la malade se décida à venir consulter à l'Hôtel-Dieu à Paris le 16 juillet.

Examen. — Dans la partie supéro-interne de la chambre antérieure de l'œil gauche l'iris fait saillie ; mais n'atteint pas la face postérieure de la cornée. La surface irienne est lisse et n'offre rien de spécial à noter. Au niveau de la pupille, l'iris s'infléchit légèrement en dedans et laisse voir un petit bourrelet noir : il y a un ectropion assez marqué de l'uvée : en regard de cet ectropion, le cristallin montre des fibres rayonnées cataractées.

L'œil est éclairable en dehors ; il présente une bonne projection lumineuse dans les différentes directions. L'acuité visuelle est égale à 1/10. Il n'y a pas de tonus. Il n'y a aucune lésion du côté de la sclérotique et de l'angle irido-kératique.

Le diagnostic de sarcome de l'iris est porté par le professeur de Lapersonne ; l'énucléation décidée est faite le lendemain 17 juillet. La malade a donné de ses nouvelles ; elle va bien, porte un œil de verre ; mais depuis quelques temps elle verrait aussi des « serpents » de son œil droit.

Après énucléation, le globe montre un aspect extérieur normal, un nerf optique sain. Une fois sectionné en deux segments, l'un antérieur, l'autre postérieur on ne remarque rien de spécial ni du côté du vitré, ni du côté de l'hémisphère supérieur.

Dans le segment antérieur, nous apercevons à travers le vitré qui reste adhérent et le cristallin, un petit nodule noir de la grosseur d'un petit pois placé derrière l'iris et immédiatement audessus du procès ciliaire.

Les segments antérieurs et postérieurs sont fixés au sublimé et inclus en celloïdine pour être soumis à l'examen histologique.

Examen microscopique. — Si on examine avec un faible grossissement le segment antérieur, on voit aussitôt à la face postérieure de l'iris une tumeur ; elle est de forme à peu près ovale, mesure environ 4 mm. de hauteur, et 2 mm. 1/2 de largeur. Elle s'étend des procès-ciliaires à l'extrémité pupillaire de l'iris. Sur un certain nombre de coupes, l'iris se recourbe même légèrement sur la tumeur. Sur d'autre coupe, la tumeur apparaît moins volumineuse, elle n'occupe que la partie moyenne de la face postérieure de l'iris et n'atteint pas les franges ciliaires. En arrière, elle est en contact avec le cristallin ; sur les préparations, on retrouve des débris de la cristalloïde antérieure restés adhérents à la masse néoplasique.

La tumeur est limitée sur toute sa périphérie par une bordure de pigments qui en certains endroits s'amincit à l'extrême et qui, en d'autres, a même cédé, très probablement sous l'influence de l'accroissement de la tumeur.

Il existe notamment, quelques solutions de continuités de la bordure pigmentaire du côté de l'iris ; nous faisons observer la bordure pigmentaire du côté de l'iris ; il faut observer le strom irien. En somme la tumeur s'est développée

dans la membrane pigmentée retro-irienne ; mais, pour le dire de suite, indépendamment des cellules noires de la « pars iridien retinae » ; on n'est nullement en présence d'une tumeur mélanique à l'intérieur de la tumeur. Il y a bien quelques travées pigmentaires, surtout à la périphérie, mais il n'existe nul part un élément cellulaire néoplasique qui contient de la mélayine.

Cellules. — La tumeur se compose de petites cellules fusiformes. Les noyaux sont plus ou moins allongés, assez épais, ils prennent mal la couleur, ils sont granuleux. Le protoplasma cellulaire est lui-même mal coloré, il émet par place de petits prolongements qui contribuent à donner aux cellules leurs formes irrégulières. Les cellules sont elles-mêmes désordonnées les unes par rapport aux autres. Nul part on ne les voit pas disposées parallèlement les unes aux autres, constituant de véritables faisceaux. On rencontre cependant, par place, des espèces de tourbillons, et on observe d'une façon générale une tendance des cellules à se rapprocher du fuseau.

En résumé, on a à faire à un *sarcome à cellules fusiforme*.

Entre les tourbillons cellulaires on découvre ça et là des travées conjonctives constituées presque uniquement de vaisseaux. Parmi ces vaisseaux, il y en a d'assez volumineux, qui ont paroi fibreuse. De ces vaisseaux principaux partent de nouveaux canaux pleins de sang, de calibres irréguliers anastomosés entre eux, émettant sans aucune loi de très nombreuses ramifications. Certains de ces canaux ont une paroi nette avec les cellules endothéliales faciles à distinguer. D'autres paraissent ne pas en avoir et semblent cheminer directement entre les cellules sarcomateuses. Les ramifications vasculaires se terminent en pointes très effilées, et là, on peut suivre la pointe jusqu'à son extrémité, après le dernier globe rouge, il est possible de reconnaître que la pointe est comme coiffée par un certain nombre de noyaux, en forme de bâtonnets, longs et minces, fortement colorés, rattachant bien auprès de cellules néoplasiques fusiformes, à noyaux courts et gros, claire, moins bien colorés.

Cet aspect fait penser aux « pointes d'accroissement et aux cellules vasoformatives », que décrit Ranvier, dans son chapitre sur le développement des vaisseaux sanguins.

Cette disposition mérite de retenir l'attention. On est en droit de se demander si ces sortes de cellules vasoformatives, qui ne sont en somme que les cellules conjonctives groupées ainsi autour d'une pointe vasculaire, ne sont pas capables de se transformer en cellules sarcomateuses et de prendre part au développement de la néoplasie ?

Le système vasculaire jouerait alors un rôle important dans la formation de la tumeur.

On ne peut pas dire que la tumeur ait une origine vasculaire ; on n'y voit pas de lobules bien dessinés avec un vaisseau au centre et autour des cellules. Mais on est resté à croire que les vaisseaux en donnant naissance aux cellules vasoformatives, contribuent à l'accroissement secondaire de la tumeur.

Dans les organes que trouve-t-on ? Dans l'iris, les procès-ciliaire, le muscle ciliaire, nulle trace de sarcome, mais des signes d'irritation lente.

OBSERVATION III

(Sydney Stéphenson)

Sarcome de l'iris à cellules rondes.

Le 18 janvier 1911, je fus consulté par un monsieur âgé de 49 ans, au sujet d'une gêne légère à la lecture. Il ne se plaignait de rien autre, excepté d'un larmoiement de l'œil gauche, particulièrement quand il était exposé à un vent froid.

Historique. — 15 ans auparavant, le malade avait été atteint d'une paralysie faciale gauche attribuée à un refroidissement. Après traitement cette affection se guérit, quoique depuis, l'œil gauche resta toujours larmoyant quand il était exposé au froid.

Feu M. R. Marcus Gunn fut consulté en deux occasions, il y a respectivement neuf et trois ans.

A la première visite, 26 novembre 1901, M. Gunn fit quelques remarques au sujet de l'œil droit du patient, mais M. F. partit sans avoir bien compris de quoi il s'agissait ; il est pourtant positif qu'aucune mention ne fut faite au sujet de quelque chose de particulier à l'iris. De la copie d'une note de M. Gunn (que j'ai été assez heureux pour voir), il apparaît qu'il trouva au fond de l'œil droit du malade une petite plaque d'atrophie choroïdienne, profonde et d'apparence trau-

matique, qu'il chercha à interpréter par une tuberculose. Des verres pour la lecture furent prescrit au cours de deux visites que le patient fit à M. Gunn.

La syphilis est niée. Il n'y a pas d'hérédité tuberculeuse.

Le patient n'est absolument pas avertit que son œil présente quelques apparences inusitées.

Examen. — O. D, V — 6/5 (3 lettres) T. n.

— O. G, V — 6/5 (3 lettres) T. n.

Examen. — OD. On voyait dans la partie inférieure du sinus de la chambre antérieure une plaque ovale d'une couleur chocolat foncé, mesurant dans son plus grand diamètre de 1 mm. 1/2 à 2 mm., elle donnait l'impression d'être légèrement « bosselée », mais sa surface était complètement unie ; l'iris voisin ne montrait aucune altération de texture ni de couleur, mais la portion correspondante de l'iris ne répondait pas aussi bien à l'excitation lumineuse que les autres parties de la membrane. On remarque sur la conjonctive oculaire, près du bord inférieur et interne de la cornée une tache insignifiante formée par des vaisseaux légèrement dilatés. Quelques petites taches de pigments bruns paraissent sur les autres parties de l'iris. A l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil on trouva une dépression ovale, atrophique et pigmentée, à 2 ou 3 diamètres en bas et en dehors de la papille ; peut-être d'origine tuberculeuse.

Examen. O. G. — Légère éversion du bord libre de la paupière inférieure avec déplacement subséquent du point lacrimonasal inférieur. Le soucil droit présentait une petite tache de pigment.

Diagnostic. On posa le diagnostic de sarcome de l'iris, on l'exposa au malade et on discuta avec lui la grave signification de ce diagnostic.

Durant les deux mois qui suivirent, la tumeur m'apparut quelques peu plus grande, quoiqu'il fut difficile d'en être certain.

Le 21 mars 1911, M. Robert W. Dogne, vu en consultation, fut d'avis que cette tumeur était vraisemblablement un sarcome et suggéra qu'il pourrait bien avoir son origine dans les parties voisines du corps ciliaires ; il se basait sur le manque de réaction à la lumière de l'iris dans le voisinage de la tumeur ; il conseilla l'enucléation de l'œil malade.

22 mars 1911. — Sir John Tweedy, qui fut appelé en consultation inclinait à conseiller d'attendre, mais il exprima le désir de voir de nouveau le malade quand la pupille serait dilatée par un mydriatique. La seconde consultation eut en conséquence lieu le 25 mars, la pupille, étant alors légèrement dilatée par l'homatropine et la cocaïne. La pupille dilatée était latée par l'homatropine et la cocaïne. La pupille dilatée était quelque peu aplatie contre la tumeur qui, dans ces conditions, apparaissait légèrement hémisphérique, comme un segment de lentille convexe. On pouvait voir à la loupe un ou deux fins vaisseaux courants dans l'iris et provenant de la tumeur pigmentée. Sir John Tweedy posa le diagnostic probable de sarcome mélanique de l'iris et conseilla d'enlever l'œil. Le 29 mars 1911, l'énucléation de l'œil malade fut pratiquée sous le chloroforme.

Examen pathologique. — L'œil excisé fut durci pendant plusieurs jours dans le formol (10 parties) et la solution saline normale (90 parties). Il fut ensuite gelé et divisé selon un méridien passant par la tumeur sur l'iris ; un examen immédiat (à l'aide d'une verre grossissant), montre une petite masse lenticulaire et profondément pigmentée comprenant le tiers externe de l'iris sur le côté nasal de la coupe ; elle s'étendait jusqu'au milieu environ de l'iris. Après traitement par la celloïdine, l'hématoxine et l'éosine, on nota l'aspect suivant au microscope de la coupe, après examen il y avait une grosseur très pigmentée et fusiforme. Cette tumeur commençait à la jonction de l'iris avec le corps ciliaire, s'étendait environ à un tiers de l'iris. Pas une trace de tissu normal de l'iris ne pouvait être reconnue dans le néoplasme qui contenait un certain nombre de vaisseaux sanguins.

Il était composé surtout de grandes cellules rondes ou ovales, ainsi que de quelques cellules étoilées, toutes les cellules étaient littéralement remplis de pigment noir, et à la vérité la tumeur était si pigmentée que dans un grad ombre de coupes,, la tumeur apparaissait nettement délimitée quand on les examinait avec un faible grossissement ; mais avec un fort grossissement la limite paraissait moins précise. Des coupes montrèrent que les cellules pigmentées de la tumeur avaient envahi quelques-uns de procès ciliaires voisins, bien que le corps ciliaire lui-même dû être considéré comme pratiquement sain, à l'exception de quelques coupes où on trouva dans la partie antérieure du corps ciliaire un nodule dans la partie du cadran nasale inférieur de l'iris.

triangulaire ou rond de la tumeur ; il apparaît donc que la masse de la tumeur a pris origine dans l'iris et envahi le corps ciliaire par contiguïté. La tumeur ne présentait aucune structure alvéolaire de ses cellules composantes. On pouvait reconnaître de cellules néoplasiques dans les mailles du ligament pectiné de l'iris, ainsi que dans la lumière du canal de Schlemm, qui par la même occasion, contenait des globules sanguins ; l'angle de la chambre antérieure a été largement ouvert de deux côtés, l'impression qui s'en dégageait était que la tumeur avait pris origine dans une des taches pigmentées congénitales, dont on pouvait voir plusieurs spécimens dans les coupes ; elles s'étaient représentées par des agrégations des cellules pigmentées, dans la couche limitante antérieure de l'iris, quelques-unes envoyant des ramifications pigmentées dans le tissu propre de l'iris, mais le plus souvent elles n'étaient délimitées nettement. On constata que la lésion choroïdienne notée durant la vie était due à une adhérence inflammatoire entre les parties limitées de la choroïde et de la rétine.

Diagnostic pathologique. — Sarcome mélanique primitif de l'iris, avec invasion de quelques-unes des procès ciliaires voisins.

OBSERVATION IV

(Hirschberg)

Sarcome mélanique à cellules fusiformes

Le 21 mai 1868 se présente à la clinique de de Graefe un paysan (E. F.) âgé de 38 ans. Il venait consulter pour son œil droit. Il dit qu'il s'est toujours bien porté. Depuis un an il s'aperçoit de la formation d'une néoplasie noirâtre dans l'intérieure de son œil droit, qui a exactement commencé à un point où depuis sa jeunesse il portait un signe (une étoile) noir. Le développement de cette tumeur s'effectue sans la moindre irritation de l'œil et son accroissement a été particulièrement rapide pendant les dernières semaines.

Sur cet œil qui ne montre aucune injection pathologique, la chambre antérieure est en majeure partie occupée par une masse foncée d'aspect particulier, qui part de la moitié inférieure de l'iris, présente une surface d'un brun foncé saturé et se porte vers le centre de la cornée contre la surface

postérieure de cette membrane. Ici le tissu cornéen présente une zone faiblement opaque qui partant du bord médian au bord latéral s'étend de haut en bas dans une largeur de 2 mm, tandis que le segment inférieur de la cornée large de 1 mm derrière lequel se trouve un petit écart entre la tumeur qui s'avance ici moins, a conservé sa transparence normale. La tumeur se rapproche avec sa limite convexe jusqu'à une distance de 1 et 1/4 mm du bord ciliaire supérieur, son bord antéro-postérieur mesure approximativement 1 1/2 mm. Comme à un éclairage moyen du jour la largeur de l'iris présente à peu près l'étendue mentionnée, la pupille ne se montre que comme un croissant excessivement mince, ou même à l'éclairage intense du jour que comme une ligne noire convexe qui peut échapper au premier examen et ne laisse certainement pas supposer que cet œil présente une acuité visuelle presque normale ce qui, dû l'intégrité de la rétine, du nerf optique et des milieux réfringents n'a rien de surprenant. Le segment supérieur de l'iris au-dessus de la pupille rudimentaire n'offre rien d'anormal et a la même couleur qu'à gauche, seulement la teinte jaune-verdâtre tranche encore davantage. Sur les deux côtés la tumeur atteint un peu au-dessous du diamètre horizontal le bord ciliaire de l'iris.

On fait l'énucléation de cet œil pourvu d'une vision parfaite, au-dessous du diamètre horizontal le bord ciliaire de l'iris. à cause de l'accroissement rapide de sa tumeur. L'examen histologique révèle que la tumeur présente un sarcome à cellules fusiformes avec traînées d'éléments arrondis, polyédriques et pigmentés, groupés le long de vaisseaux, disposition qu'entre autres le professeur Virchow (Arch. t. XII, p. 234) a constaté sur une tumeur adossée à l'iris et siégeant dans le corps ciliaire. C'est principalement la matrice, l'iris, qui donne à ce cas son intérêt particulier mais non ses particularités comme structure histologique.

OBSERVATION V

(Alberto del Monte)

Sarcome mélanique globo et fuso-cellulaire de l'iris et du corps ciliaire.

Femme de 44 ans, pas de syphilis, jamais malade. Vient consulter pour la baisse de la vision considérable de son œil droit.

A l'examen. — L'injection intense des vaisseaux épisclé-

rales et des vaisseaux ciliaires antérieurs correspondants à la partie inféro-externe du bulbe. Au-dessous de l'iris dans le secteur adjacent se trouvent deux bosselures situées l'une au-dessus et l'autre au-dessous et l'inférieur occupe presque toute la largeur du diamètre pupillaire. La pupille est dilatée légèrement. La tumeur atteint presque la face postérieure de la cornée. La tumeur supérieure est peu proéminente et plus petite, entre les deux existe un espace libre. Enucléation.

Point de départ de la face postérieure de l'iris et du corps ciliaire.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Poulard)

Mélanosarcome de l'iris.

Mme B., âgée de 55 ans présente dans l'œil gauche une petite tumeur occupant la partie supérieure de l'iris.

Tumeur noirâtre, descend dans le champ pupillaire et atteint à peine le centre. Elle s'est développée lentement sans aucun phénomène inflammatoire. Enucléation.

Il s'agissait d'un sarcome développé au dépens du stroma irien à cellules fusiformes avec beaucoup de cellules pigmentaires.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Gerken)

Sarcome de l'iris.

Malade âgé de 31 ans. La tumeur s'est développée sur le quart supéro-interne dans un nævis congénital de l'iris, surtout du côté de l'angle irido-cornéen. Manifestations glaucomateuses. Enucléation.

A l'examen microscopique. — Sarcome à cellules fusiformes peu pigmentées. Dissémination des cellules cancéreuses sur la face antérieure du cristallin.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Dupuy-Dutemps)

Mélano-sarcome primitif de l'iris.

Malade âgé de 45 ans. A l'âge de 26 ans une tache brune à la surface antérieure de l'iris stationnaire puis se mit à

proliférer.

Examen microscopique montre qu'il s'agit d'un mélanosarcome développé aux dépens d'un mélasnôme. La couche pigmentaire postérieure de l'iris était indemne.

OBSERVATION IX (*Résumée*)

(*Mæhlmann*)

Mélano sarcome du sphincter irien.

Malade âgée de 63 ans. Elle remarque depuis deux mois une petite tache en voie de croissance sur l'iris de son œil gauche. La vue baissait progressivement.

Sur la partie inféro-externe de l'iris près du bord sphinctérien se trouve une tache ronde bien limitée, de dimension d'un grain de millet, un peu saillante.

Dans 14 jours la tumeur a visiblement augmentée de volume. Iridectomie. Pas de récurrence.

OBSERVATION X (*Résumée*)

(*Ahlstrøm*)

Mélanosarcome de l'iris.

Le malade est un garçon de 4 ans, présente sur la partie inférieure de l'iris de l'œil gauche une tumeur foncée. Iridectomie.

A l'examen microscopique il s'agit de mélanosarcome. Pas de récurrence malgré que le malade fut atteint d'une plaie pénétrante de l'œil gauche et on dut l'enucléer.

OBSERVATION XI (*Résumée*)

(*Coppez et Vacleray*)

Sarcome primitif de l'iris.

Malade âgé de 45 ans. Consulte pour la névralgie frontale. Tumeur noire située sur le quart externe de l'iris, et s'étendant de l'angle irido-cornéen jusqu'au bord pupillaire et touchant la cornée. On pratique l'iridectomie suivant la méthode de kératotomie à ciel ouvert de Gayet. Récurrence. Enucléation.

OBSERVATION XII (*Résumée*)

(*Kayser*)

Sarcome primitif de l'iris développé sur un naevus vasculaire.

Jeune fille de 18 ans. Elle avait depuis sa naissance dans

la région inféro-externe de l'iris de son œil gauche une tache rouge. Depuis 2 ans, la tache commence à croître et a pris le caractère d'une tumeur. Hyphéma à plusieurs reprises.

La tumeur se présente comme un sarcome développé dans le stroma irien avec un peu de pigment à la périphérie : Elle renferme des vaisseaux ectasiés avec un aspect spongiée. La tumeur a beaucoup de tendance à infiltrer les tissus environnants. On trouve aussi des nodosités métastatiques dans la couche antérieure de l'iris et sur l'iris du côté opposé. Le sarcome s'est développé sur un nœvus vasculaire congénital.

OBSERVATION XIII (Résumée)

Sarcome non pigmenté à cellules rondes et fusiformes.

(Alt)

Fermier âgé de 72 ans. Consulte pour les troubles de la vue de son œil gauche.

Depuis un an il remarque une petite tumeur sur l'iris de cet œil. Il y a 20 ans, cet œil fut contus par une branche d'arbre.

Une petite tumeur existe dans le quart supéro-interne de l'iris.

Cataracte et baisse de la vue. Enucléation. Pas de récurrence.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Reinhardt)

Sarcome à cellules fusiformes sans pigments.

Femme âgée de 55 ans. Consulte pour des douleurs de tête et pour la baisse de la vue depuis 3 mois. Dans le quart inféro-externe de l'iris on aperçoit une tache rouge de 6 mm environ de largeur ; la pupille est fixe dans cette région. A l'éclairage oblique la pupille semble être occupée par une masse foncée, pigmentée et le fond de l'œil ne peut être éclairé à cause de cette masse néoplasique que vers le bord supérieur de la pupille.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Oscar Fehr, 1^{er} cas)

Sarcome mélanique à cellules rondes et fusiformes.

Homme âgé de 32 ans. Consulte pour trouble de la vue

de l'œil gauche, et pour un tache brune congénitale qui brusquement a commencée à proliférer. Tumeur siégeant à la partie inférieure de l'iris. Iridectomie. Pas de récurrence.

OBSERVATION XVI (*Résumées*)

(*Oscar Fehr, 2^e cas*)

Sarcome à cellules rondes principalement et de cellules fusiformes accessoirement.

Homme âgé de 43 ans. Vient pour la première fois dans la clinique de Hirschberg au mois d'août 1900.

Les premiers troubles apparurent il y a deux ans ; depuis lors le malade voit par moment des nuages et l'acuité visuelle de l'œil malade baisse progressivement. On a constaté dans un autre service des yeux « une nodosité néoplasique gris-rougeâtre des dimensions d'une lentille, qui siégeait à la partie inférieure de l'iris », et cette nodosité fut enlevée par iridectomie au mois de juillet 1898. L'acuité visuelle était satisfaisante, mais elle baissa complètement jusqu'à l'amaurose complète de cet œil.

Le malade est venu à la consultation pour une inflammation douloureuse produite depuis 24 heures. De petites nodosités néoplasiques jaunes-rouges se voient sur l'iris derrière la cornée vascularisée. On pose le diagnostic de récurrence de sarcome primitif avec glaucome secondaire. Le 13 août 1900 on pratique l'énucléation. Sur les coupes on constate une tumeur d'une dimension d'un petit haricot à la partie inférieure de l'iris. Au mois d'août 1904 le malade se présente bien portant.

OBSERVATION XVII (*Résumée*)

Sarcome alvéolaire à petites cellules fusiformes.

(*Brown, 1^{er} cas*)

Homme âgé de 41 ans. Le malade a eu trois hémorragies dans la chambre antérieure deux ans auparavant.

Une moitié de l'iris est occupée par une tumeur lenticulaire de 3 mm de longueur dans le plan de l'iris et 1 mm. 5 dans le sens antéro-postérieur.

L'angle de la chambre est complètement oblitéré.

Au microscope : le sarcome est alvéolaire, très vascularisé, à petites cellules fusiformes entourant les vaisseaux et les cellules pigmentaires du stroma irien.

OBSERVATION XVIII (*Résumée*)

(*Brown, 2^e cas*)

Sarcome alvéolaire à cellules fusiformes.

Femme âgée de 42 ans. Vient consulter pour une petite tumeur ovale molle, d'une blancheur laiteuse, très vasculaire, légèrement proéminente.

Cette tumeur de 4 à 5 mm. de diamètre siégeait à la partie temporale de l'iris.

Enucléation.

Au microscope : cellules fusiformes, richement vascularisée, provenant de l'endothélium antérieur de l'iris.

OBSERVATION XIX

(*Brown 3^e cas*)

Sarcome alvéolaire à cellules fusiformes.

Homme âgé de 41 ans, a sensation d'un nuage devant l'œil qui dure deux mois.

L'examen révèle une saillie translucide, rosée, gélatineuse, conique, de 2 mm 5 dans l'iris près de la partie inféro-externe du bord pupillaire.

Examen macroscopique : masse molle, bordée d'épithélium pigmentaire postérieur.

Au microscope : sarcome alvéolaire à cellules fusiformes et ovalaires, assez vasculaire, développé sur la partie antérieure de l'iris.

OBSERVATION XX

(*Martin et Augiéras*)

Mélanosarcome primitif de l'iris.

M. B., âgé de 33 ans, ouvrier fondeur à Nevers, blond, de bonne santé, vint à la consultation le 28 décembre 1899 pour diminution de la vue de l'œil gauche et pour une petite tumeur brune siégeant sur l'iris du même œil.

Ni syphilis, ni inflammations antérieures.

Il y a quatre ans, il reçut un coup sur l'œil droit, et à la suite en examinant ses yeux on constata la présence d'une petite saillie sur l'iris, à l'extrémité interne du diamètre horizontal de l'œil gauche.

Pendant les deux années qui suivirent, pas de douleurs. Puis apparurent des élancements dans l'œil gauche et de violentes douleurs dans le côté correspondant de la tête.

La pression sur l'œil calmait la douleur qui a disparu spontanément.

L'acuité visuelle de l'œil gauche est de 1/18 ; tension non élevée. O. D. émmétrope ; O. G. myope.

On constate à l'extrémité interne du diamètre horizontal de l'iris, une tumeur de la dimension d'une lentille et de couleur marron, qui se détache lentement sur le bleu de l'iris.

Au-dessous de la tumeur principale, au niveau du limbe scléro-cornéen, on observe deux autres petites tumeurs, des dimensions d'un tête d'épingle et de la même couleur que la tumeur principale.

Le fond de l'œil est un peu voilé. Au-dessus de la papille (image renversée), on constate deux taches noires dans la choroïde : en dehors, de petites taches pigmentées commençant au bord externe de la papille et s'étendant en dehors à un demi-diamètre de la papille.

L'autre œil semble normal.

Diagnostic. — Sarcome mélanique primitif de l'iris étendu à la choroïde.

Le malade refuse l'énucléation et consulte à Paris M. le professeur Panas, qui confirme le diagnostic et consent à faire l'ablation de la tumeur irienne par iridectomie.

Une hémorragie abondante suivit et nécessita l'énucléation trois jours après la première intervention.

L'examen histologique confirma le diagnostic clinique.

Le résultat immédiat fut bon. Mais en 1894 le malade vint de nouveau consulter le docteur Martin, pour des vomissements liquides avec pyrosis. On examine le malade et on découvre une petite tumeur à la partie latérale du thorax.

Au mois de septembre on trouve d'autres tumeurs (à 1 centimètre à droite de l'ombilic et à la région inguinale gauche). Le foie est augmenté et on sent des nodosités au niveau de son lobe droit, la rate est hypertrophiée et bosselée. L'état général est mauvais.

La tumeur thoracique enlevée et examinée macroscopiquement et au microscope est un sarcome.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer primitif de l'iris est d'observation peu fréquente.

II. — Il se présente exceptionnellement chez les enfants. C'est une tumeur que l'on voit spécialement chez les sujets âgés de plus de 40 ans, peut-être plus spécialement chez la femme et de l'œil gauche.

III. — Le cancer primitif se développe sous la forme d'une petite tumeur siégeant à la face antérieure de l'iris ou à la racine de la membrane, plus rarement à la face postérieure.

A la face antérieure de l'iris on note un nodule jauneroûgâtre à l'évolution lente. Dans une observation que nous avons recueillie à la clinique de M. le professeur Rollet, le premier symptôme était un hypohéma rebelle à tout traitement et qui masquait le néoplasme.

Dans une deuxième période il y a envahissement et inoculation en arrière du corps ciliaire et alors apparition de douleurs d'irido-cyclite ou de glaucôme symptomatique. A ce moment, le fond d'œil n'est plus visible, il y a des modifications du tonus oculaire, il s'agit d'un cancer non plus du segment antérieur mais aussi du segment postérieur : c'est un néoplasme irido-cilio-choroïdien.

Dans une troisième période il y a perforation de la coque oculaire et les masses cancéreuses s'extériorisent et pénètrent dans la cavité orbitaire.

IV. — Ce cancer primitif de l'iris au point de vue microscopique consiste en un mélanosarcome et plus rarement en leucosarcome. Le type histologique est semblable à celui de la choroïde.

V. — Le diagnostic sera surtout difficile dans les cas d'hémorragie dans la chambre antérieure masquant la tumeur. Précisément chez tout sujet âgé en présence d'un hypohéma à allure très lente et rebelle à toute thérapeutique, on pourra songer à l'épanchement symptomatique du néoplasme irien.

On fera le diagnostic avec le naevus, le kyste perlé et la tumeur osseuse exceptionnelle, et surtout avec les iritis chroniques.

VI. — Le pronostic est plus favorable dans le cancer de l'iris bien limité que dans le cancer mélanique de la choroïde à envahissement plus rapide. Il ne faut jamais oublier que l'on est en présence d'une tumeur maligne et que le seul traitement, dès que le diagnostic est posé, consistera dans l'énucléation.

L'exantération de l'orbite sera réservée au cancer extériorisé à la suite d'une perforation spontanée de la coque oculaire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ETIENNE ROLLET.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 8 Février 1922.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTO DEL MONTE. — *Archivto di Ottalmologia*, 1912-13.20.
- AHLSTROEM. — *Beitrage zur Augenheilkunde*, 1902, H. 54.
- ALT. — A case of unpigmented sarcoma of the ciliary body and iris (*Amer. Journ. of Ophtalm.*, 1887, 2.)
- ALT. — A case of sarcoma of the iris un a childe two years old. (*Ibid.*, 1890. Y II, 42).
- AXENFELD. — *Traité d'ophtalmologie*, Paris, 1914.
- BRIERE. — *Etude clinique et nantomique sur le sarcome de la choroïde et sur la mélanose intra-oculaire.*
- BROWN (E. V. L.) — So-collod leucosarcoma of the iris (*Journ. Amer. Medic. Association*, Chicago, 1906, XLVII).
- BUSSY. — Les processus d'ossification dans l'œil (*Th. Lyon*, 1913).
- COPPEZ et VAUCLEROY. — Un cas de sarcome primitif de l'iris (*Revue générale d'Ophtalmologie*, Paris, 1903, 22).
- DOLLET. — Les voies de sortie au pôle postérieur oculaire du mélanome choroïdien (*Th. Lyon*, 1921).
- DUPUY-DUTEMPS. — *Société d'Ophtalmologie de Paris*, Séance ce 4, II, 1902. *La clinique ophtatmologique*, avril 1902, p. 57.

- EWETZKY. — Ein fall von Melanosarkom der Iris der Ciliärkörper und der Choroïdea (*Archiv für Ophtalmologie*, 42 1896).
- FEHR. — *Beiträge zur Augenheilkunde Festschrift zu Julius Hirschberg*, 1905. Das primære Sarkoma der Iris.
- FRENDENTHAL. — Sur le sarcome du tractus uvéal (*Arch. Opht.* xxxvii, 1, p. 37, 1891).
- FUCHS. — Das Sarkom des Uvéaltractus, 1882.
- GERKEN. — Beitrag zur Kenntnis des primären Irssarkoms *Inaug. Dissert.* Freiburg, 1900.
- GOLDSTEIN. — Sarcome mélanique primitif de l'iris (*Th. Paris*, 1909).
- DE GRAEFE. — Carcinome mélanique de l'œil. 1) *Deutsche Klinik*, novembre 1853 ; 2) *Arch. f. Ophtalm.* xiv, B. 2, Abth. 1864-1868 ; 3) *Annales d'oculistique*, 1867 et 1870.
- HIRSCHBERG. — Ein fall von Sarkoma iridis. *Arch. für Opht.* 1868, xiv.
- KAYSER. — Ueber ein primäres Iris-Sarkom entstandenes in einem Nævus vasculosus iridis. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1903, xli.
- KIPP. — A case of primary sarcoma of the iris cured by excision of the tumor (*Archives*, 1876, v. 34).
- KNAPP. — Sarcoma of the iris. *Phila. Med. and Surg. Rep.*, 1887, lvii, 2, p. 739.
- LAGRANGE (F.). — *Traité des tumeurs de l'œil*, 1900.
- LANGE. — Sur le diagnostic du sarcome intra. *Klinik. Monats. f. Augenth. oculaire*, 1884.
- LAWFORD and COLLINGS. — Sarcoma of the uveal tract. With notes of 103 cases. Case 73. *The Royal Lond. Hosp. Reports*, 1893, xiii, p. 150.

LEBRUN. — Tumeur sarcomateuse de l'iris. Extirpation du globe. Guérison. *Annales d'oculistique*, LX, 1868.

MARTIN. — *L'Ophtalmologie provinciale*, 1907. Un cas de mélanosarcome primitif de l'iris.

MEHLMANN. — Beitrag. z. Kenntniss des peripapill. Choroïdealsarkoms sowie des Melanosarkoma iridis. *Inaug. Dissert.* Freiburg, 1901.

CEMISCH. — Ueber des Sarkom der Regenbogenhaut. *Inaug. Dissert.* Halle, 1892.

PANAS. — Sarcome choroïdien de la région de la macula avec propagation orbitaire. *Archives d'ophtalmologie*, 1896.

PAMARD. — Observations propres à infirmer l'opinion générale admise sur la nature cancéreuse de mélanose. *Annales d'oculistique*, 1853.

PFLUGER. — Melanosarkom der Iris. Universitäts Augenklinik in Bern. Bericht ueber das Jahr, 1883.

POULARD. — *Archives d'ophtalmologie*, 1905, xxv.

REINHARDT. — Ueber einem Fall von Leucosarkom der Iris (Iena). Liebenhain, 1904, p. 18.

SAINT-LAGER et HERVIER. — Etude sur la mélanose de l'œil, suivie de quelques expériences chimiques et microscopiques. *Annales d'ocul.* 1857.

STEPHENSON SYDNEY (Londres). — *Clinique Ophtalmologique*, 1912, 18.

ROLLET et AURAND. . . Tumeur osseuse de l'iris (*Lyon Médical*, 1908).

STÖBER. (Starsbourg). — De la nature cancéreuse de la mélanose de l'œil. *Annales d'oculistique*, 1853, xxx, 265-267.

TAVIGNOT. — La mélanose est-elle un cancer ? *Ann. d'ocul.* 1853.

TERRIEN (F.). — Ophtalmologie, 1914.

1853.

TAY W. — Primary cancer of the iris slow growth without causing inflammation. *Roy. Lond. Opht. Hosp. Rép.*, 1866, V. 230.

TESTUT (L.) — Précis d'anatomie descriptive, 1916.

WERTGER. — *Archive. f. Augenheilkunde*, 1896, Bd. 32, S. 297.

WERTHER. — *Archive. f. Augenheilkunde*, 1896, Bd. 32, S. 297.

WECKER et LANDOLT. — Traité d'ophtalmologie. Paris, 1886.

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Chapitre I. <i>Historique</i>	9
Chapitre II. <i>Anatomie</i>	12
Chapitre III. <i>Anatomie pathologique</i>	15
Chapitre IV. <i>Etiologie, Symptomatologie et Evolution</i>	20
Chapitre V. <i>Diagnostic</i>	25
Chapitre VI. <i>Pronostic et Traitement</i>	29
Observations	32
Conclusions	49
Bibliographie.	51
